UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1962 N° 15

SYNDROME de MASTERS et ALLEN

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1962

PAR

MARIE-MADELEINE RAUZY
Ancien Externe des Hôpitaux

Membres du Jury

MM.	GUILHEM	Président
	PONTONNIER	
	PLANEL	Assesseurs
	LARENG	
	G. ESPAGNO	Suppléant

IMPRIMERIE SOUBIRON
9, Rue de la Poste
TOULOUSE

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE DE MEDECINE & DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN : Monsieur LAZORTHES
1er ASSESSEUR : M. BLANC
2ème ASSESSEUR : Monsieur CADENAT E.

DOYENS HONORAIRES : Messieurs GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER

PROFESSEURS HONORAIRES : Messieurs RIBAUT, VALLOIS, CLERMONT, NANTA, DUCUING, TAPIE.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. MERIEL
Clinique médicale	GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologie	FABRE P.
Clinique chirurgicale et du cancer	GRIMOUD
Clinique chirurgicale et infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne	MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ
Clinique médicale et puériculture	SOREL
Clinique neurologique et psychiâtrique	N
Clinique obstétricale	GUILHEM
Clinique odonto-stomatologique	CADENAT E.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Clinique ORL et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique rhumatologique	RUFFIE R.
Clinique traumatologique des membres	RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale	PONTONNIER
Anatomie	LAZORTHES
Anatomie appliquée	POULHES
Anatomie pathologique	FABRE J.
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU
Chimie biologique	VALDIGUIE
Electro-radiologie	MARQUES
Embryologie générale	BROUSSY J.
Histologie	BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD
Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES
Médecine sociale	BOUNHOURE
Parasitologie	BOUISSET
Pathologie chirurgicale	DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Physico-chimie	AUVERGNAT
Physiologie	N
Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Propédeutique médicale	GERAUD
Thérapeutique	DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	COULOUMA
Pathologie médicale	LAPORTE
Bactériologie	Mme ENJALBERT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	LAPORTE Y.
Biochimie médicale	DOUSTE-BLAZY
Physique médicale	BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	MM. BASTIDE
Anatomie pathologique	BOUISSOU
Anesthésiologie	LARENG
Carcinologie	ESTRADE
Histologie et Embryologie	PLANEL
Parasitologie	RUFFIE J.
Pathologie expérimentale	GLEIZES
Physiologie	MONTASTRUC
d°	BESSOU
Physique médicale	COMMANAY

AGREGES

Médecine générale	MONNIER
d°	RIBAUT
d°	DELAUDE
d°	CALAZEL
d°	RASCOL
Chirurgie générale	ENJALBERT
d°	FICAT
d°	PASQUIE
d°	SOUQUET
d°	SARRAZIN
Dermatologie et syphiligraphie	DUPRE
Hydrologie	DENARD
Médecine légale	GREZES-RUEFF
Obstétrique	ESPAGNO
Odontostomatologie	CADENAT H.
Pédiatrie	BARDIER

AGREGES LIBRES

Anatomie	THOMAS
Ophtalmologie	DEODATTI
O.R.L.	CLAUX
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie Analytique, toxicologie et hygiène industrielle	MM. BOURBON
Chimie pharmaceutique	BLANC
Matière médicale	VINCENT
Pharmacie chimique et pharmacodynamie	CAUJOLLE
Pharmacie galénique	STANISLAS
Zoologie	ROUX

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences naturelles	Mme CAUJOLLE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie	MM BREUILLAUD
Sciences Physiques	PITET
Toxicologie	BROUSSY G.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal	M. ROCHE
Secrétaire	M. BERRUT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 Mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1962 N° 15

SYNDROME de MASTERS et ALLEN

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1962

PAR

MARIE-MADELEINE RAUZY
Ancien Externe des Hôpitaux

Membres du Jury

MM.	GUILHEM	Président
	PONTONNIER	
	PLANEL	Assesseurs
	LARENG	
	G. ESPAGNO	Suppléant

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

IMPRIMERIE SOUBIRON
9, Rue de la Poste
TOULOUSE

SYNDROME
de MASTERS et ALLEN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546525_0055

A MES GRANDS PARENTS

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GUILHEM

Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous a fait le grand honneur de nous admettre dans son service et d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueux attachement.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur PONTONNIER
Professeur d'Accouchement et Obstétricie Sociale

Il a bien voulu nous confier ce travail. Nous tenons à le remercier pour l'extrême bienveillance avec laquelle il nous a accueillie dans son service.

Nous le prions de croire à notre reconnaissance et à nos sentiments respectueux.

Monsieur le Professeur PLANEL
Maître de conférences agrégé d'Histologie et Embryologie

En témoignage de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il a toujours témoigné à notre famille et à nous même.

Il a bien voulu accepter de juger ce travail, qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

Monsieur le Professeur LARENG
Maître de conférences agrégé d'Anesthésiologie

Nous lui exprimons notre reconnaissance pour l'enseignement dont il nous a fait bénéficier tant à la Faculté qu'à l'Hôpital.

Monsieur le Professeur G. ESPAGNO
Professeur agrégé d'Obstétrique

Nous le remercions pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger cette thèse.

A Monsieur le Professeur CABANIE

Maître de conférences agrégé d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Chirurgien assistant des Hôpitaux

Il a été pour nous un exemple sur le plan humain et professionnel.

Tout au long de nos études il nous a guidée et soutenue avec amitié et compréhension.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre admiration et de notre profonde affection.

A Monsieur le Docteur MONROZIES

Accoucheur des Hôpitaux

Il a bien voulu s'intéresser à notre travail.

Nous le prions d'accepter nos sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur GRYNFOGEL

Chef de Clinique Obstétricale

Assistant des Hôpitaux

Ses conseils nous ont beaucoup aidée dans l'élaboration de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre amitié.

I N T R O D U C T I O N

La douleur pelvienne est un des signes les plus fréquents de la pathologie fonctionnelle en gynécologie. La diversité des concepts étiologiques invoqués, et les multiples thérapeutiques proposées, soulignent assez l'intérêt et la complexité du problème.

Du cadre de ces algies pelviennes, deux auteurs Américains : MASTERS et ALLEN (21) ont isolé un syndrome anatomo-clinique caractérisé par une déchirure du feuillet postérieur du ligament large, d'origine habituellement obstétricale, associée à la rétroversion douloureuse d'un utérus anormalement mobile au niveau de son col.

Cette lésion anatomique simple serait responsable d'algies pelviennes spontanées et provoquées, et la cure chirurgicale de la déchirure péritonéale, susceptible de faire rétrocéder une symptomatologie fonctionnelle bruyante.

Nous avons colligé sept observations de syndrome de Masters-Allen, vérifiés chirurgicalement ; mais avant de présenter ces cas, nous voudrions essayer de préciser l'autonomie de l'affection, à travers un rappel historique, anatomique et clinique.

H I S T O R I Q U E

Les observations publiées par MASTERS et ALLEN sont originales. On ne trouve pas de description de déchirure isolée du ligament large dans la littérature.

Certes, le rôle du traumatisme obstétrical dans les troubles de la statique utérine était une notion classique, déjà mise en évidence par des auteurs Anglo-Saxons ; FOTHERGILL (11), HERTZLER (15).

On connaissait aussi le rôle important des élongations subies pendant la grossesse et l accouchement par les ligaments utéro-sacrés et de Mackenrodt

Ainsi, dans le mécanisme des rétroversions acquises du post-partum, insistait-on surtout sur la distension des ligaments ronds, sur l'anormale laxité des ligaments utéro-sacrés, sur la profondeur du cul-de-sac de Douglas.

Ces différents facteurs étaient jugés responsables de la mobilité anormale de l'utérus et de sa malposition acquise.

Déjà plus proche au point de vue anatomo-pathologique, était l'atteinte de la base du paramètre signalée par COTTE (8) : "les déchirures des culs-de-sacs vaginaux, consécutives à un accouchement, lorsqu'elles intéressent le paramètre sus-jacent, laissent à ce niveau un nodule cicatriciel plus ou moins étendu, qui est souvent la cause de névralgies par ailleurs inexpliquées".

Ce qui individualise surtout le syndrome de Masters-Allen, c'est l'existence d'une lésion anatomique précise.

Quant aux signes cliniques, ils ne prennent de valeur que par leur groupement, une fois révélée la solution de continuité ligamentaire.

Ces signes cliniques étaient en effet connus depuis longtemps et les anciens auteurs les avaient rassemblés sous la terminologie vague de "congestion pelvienne".

RICHELOT (25), décrivait un tableau d'algies pelviennes, s'exacerbant à la station debout, à la fatigue, lors des rapports, s'accompagnant de dysménorrhée, parfois de ménorragies. Cette symptomatologie pouvait entraîner des perturbations psychiques parfois intenses, et une altération de l'état général.

SIREDEY (29), soulignait l'origine fonctionnelle de ces symptômes.

Pour CONDAMIN (5), ils seraient dûs à une transformation fibreuse des espaces celluleux sous douglassiens, après un stade congestif et inflammatoire.

COTTE (8), les attribuait essentiellement à des manifestations vasomotrices.

Les lésions anatomiques observées consistaient en un gros utérus congestif, oedématié, marbré, souvent en rétroversion, s'accompagnant d'un prolapsus des annexes dans le Douglas, parfois d'un important varicocèle pelvien, et de douglassite ou d'épanchement séreux collecté dans le Douglas.

COTTE insistait sur la fréquence de la rétroversion de l'utérus, et sur sa mobilité anormale ; le varicocèle étant une conséquence mécanique de cette rétroversion.

On connaissait donc depuis longtemps, et diversement associés, tous les signes cliniques que l'on retrouve dans la description de Masters et Allen.

L'originalité des travaux présentés par ces auteurs est alors de prouver qu'une lésion anatomique précise, dont la pathogénie est connue, est souvent associée à ces troubles, et c'est elle qu'ils proposent comme directement responsable du tableau clinique.

La déchirure de la base du ligament large, privant l'utérus d'un de ses moyens de soutènement, serait respon-

sable de la rétroversion. Cette déchirure représente un facteur de congestion pelvienne, expliquant ainsi le varicocèle.

VARANGOT (30), analysant une série de trente observations, pose le problème de l'autonomie du syndrome, en souligne l'intérêt clinique et la relative fréquence.

VERNE, DELAGARDE et BANGALTER (31) présentent six cas de syndrome de Masters-Allen. Ils insistent sur les difficultés du diagnostic et croient en l'autonomie du syndrome.

PALMER (23) montre l'intérêt de la coelioscopie dans l'établissement du diagnostic.

LOFFREDO (20) consacre une thèse à l'étude clinique, étiopathogénique et thérapeutique du syndrome de déchirure du ligament large, dans laquelle il analyse quarante deux observations.

CHAMBRAUD (2) envisage la technique de suture du ligament large dans le traitement de certaines rétroversions douloureuses.

LAURIER (19) présente trois observations traitées avec succès par la suture de la brèche.

LE SYNDROME DU "UNIVERSAL JOINT CERVIX" OU LE SYNDROME ANATOMO-CLINIQUE DE MASTERS et ALLEN

Nous exposerons tout d'abord le tableau anatomo-clinique, selon la description princeps de Masters et Allen.

Les auteurs présentent une série de 28 malades chez lesquelles a été posé le diagnostic pré-opératoire de déchirure du ligament large.

Ces malades présentent une symptomatologie fonctionnelle particulière. Les auteurs discutent ces signes selon leur ordre de fréquence.

Dans 21 cas sur 28, les malades se plaignent de douleurs abdomino-pelviennes. Ces douleurs sont le plus souvent diffuses ; parfois sus-pubiennes, médianes, parfois irradiées vers la région lombaire et sacrée.

19 des malades décrivent une sensation de pesanteur pelvienne, de corps étranger intra-vaginal.

Les douleurs sont augmentées par la fatigue, la station debout, (elles sont plus intenses en fin de journée), en période pré-menstruelle surtout.

La dysménorrhée secondaire (16 cas sur 28) est modérée ou sévère. Il s'agit d'une douleur abdominale se déclenchant 48 à 72 heures avant le début des règles, et se poursuivant jusqu'au premier ou deuxième jour de celles-ci. Elle est fréquemment accompagnée de nausées, de céphalées.

Ces douleurs sont donc assez peu caractéristiques. Il n'en est pas de même pour la dyspareunie, particulière par sa localisation et son intensité. C'est en fait, le signe le plus fréquent (24 cas/28). Il s'agit d'une dyspareunie profonde, sur la ligne médiane, intense, en coup de

poignard. Fréquemment une douleur pelvienne diffuse persiste pendant plusieurs heures.

Il existe de plus une fatigabilité extrême, presque constante (24 cas/28). C'est souvent le signe qui inquiète le plus les malades. C'est dire son importance : elle survient au moindre effort, mettant les malades dans l'impossibilité d'assurer tout travail, de mener une vie sociale et familiale.

Associée aux douleurs, cette asthénie explique le retentissement psychique souvent constaté, d'autant plus sévère que le début des troubles est plus ancien, et se traduisant par des crises de larmes, une instabilité émotionnelle, parfois même des états dépressifs sérieux pouvant aboutir à la tendance au suicide.

Enfin, certains signes peuvent être associés mais n'appartiennent pas en propre au syndrome : troubles des règles, ménorragies ou métrorragies ; signes urinaires : pollakiurie, dysurie, ou rectaux : tenesme.

Suivant la prédominance de l'un ou de plusieurs de ces symptômes, des formes cliniques peuvent être individualisées : formes asthénique, psychique, formes associées, pouvant réaliser un tableau clinique complexe chez des femmes qui souffrent depuis plusieurs années.

Le diagnostic est évoqué par la recherche des circonstances étiologiques de déclenchement des signes fonctionnels.

Elles sont, presque toujours, obstétricales (22 cas/28).

A l'interrogatoire, la malade fait remonter le début de ses troubles à un évènement obstétrical précis.

Il peut s'agir d'un accouchement eutocique (9 cas/28), mais le plus souvent, la malade signale un facteur de dystocie : accouchement anormalement rapide (7 cas), présentation du siège (3 cas), gros enfant (1 cas).

MASTERS et ALLEN signalent également, soit des tamponnements utérins ou vaginaux, dans le traitement d'hémor-

ragies du post-partum, soit des manoeuvres traumatisantes à des fins abortives

Tous les symptômes fonctionnels sont directement rattachés à ces antécédents obstétricaux.

L'examen ne montre souvent qu'une rétroversion utérine, rétroversion très marquée, le fond de l'utérus dans le Douglas, paraît gros et mou ; mais cette rétroversion s'avère mobile et réductible

Ce signe est accompagné de deux éléments caractéristiques de la déchirure ligamentaire

- c'est tout d'abord la douleur au contact ou à la mobilisation. La douleur apparaît dès le contact du col, elle est exacerbée par toute tentative de mobilisation latérale, de réduction de la rétroversion ou de pression sur le col vers le haut

- c'est surtout la mobilité anormale du col sur le corps utérin, décrite sous le nom de "universal joint cervix". Le col paraît complètement indépendant du corps sur lequel il se mobilise en tous sens comme s'il était relié à lui par un isthme mou. Cette mobilité est comparée au signe de Hegar au début d'une grossesse

L'exploration chirurgicale fait le bilan des lésions et va révéler le substratum anatomo-pathologique des troubles cliniques :

- La rétroversion utérine est constante ; le corps utérin est fréquemment augmenté de volume, de couleur pourpre et marbré, ses parois sont molles, oedématiées.

- Il entraîne un prolapsus des annexes dans le cul-de-sac postérieur ; les ovaires sont augmentés de volume, ils ne présentent pas de modifications caractéristiques sinon de nombreux kystes folliculaires.

- Dans le cul-de-sac de Douglas, on trouve un liquide séreux, en petite quantité (30 à 50 cc), le plus souvent citrin, parfois hématique

Après avoir redressé l'utérus, on découvre au niveau des ligaments larges, la lésion anatomique caractéristique du syndrome : une déchirure de la base du feuillet postérieur du ligament large.

Dans la série de 28 malades présentées par Masters et Allen, on relève :

6 cas de déchirure unilatérale
et 22 cas de déchirure bilatérale

La lésion peut s'étendre à la base du ligament large, dans 6 cas elle atteint les ligaments utéro-sacrés. La déchirure du feuillet péritonéal peut être aussi étendue que la déchirure du fascia sous péritonéal ou réduite à une série d'abrasions punctiformes.

Nous retranscrirons intégralement la description qu'en font les auteurs :

"les bords en sont habituellement très nets et ont tendance à se rétracter en agrandissant la plaie Ainsi, la berge utérine de l'orifice se rétracte vers le bord latéral du corps, pouvant se confondre avec lui ; la berge pelvienne est souvent rétractée à un degré encore plus grand, et il est nécessaire de la rechercher tout près de la paroi latérale du bassin

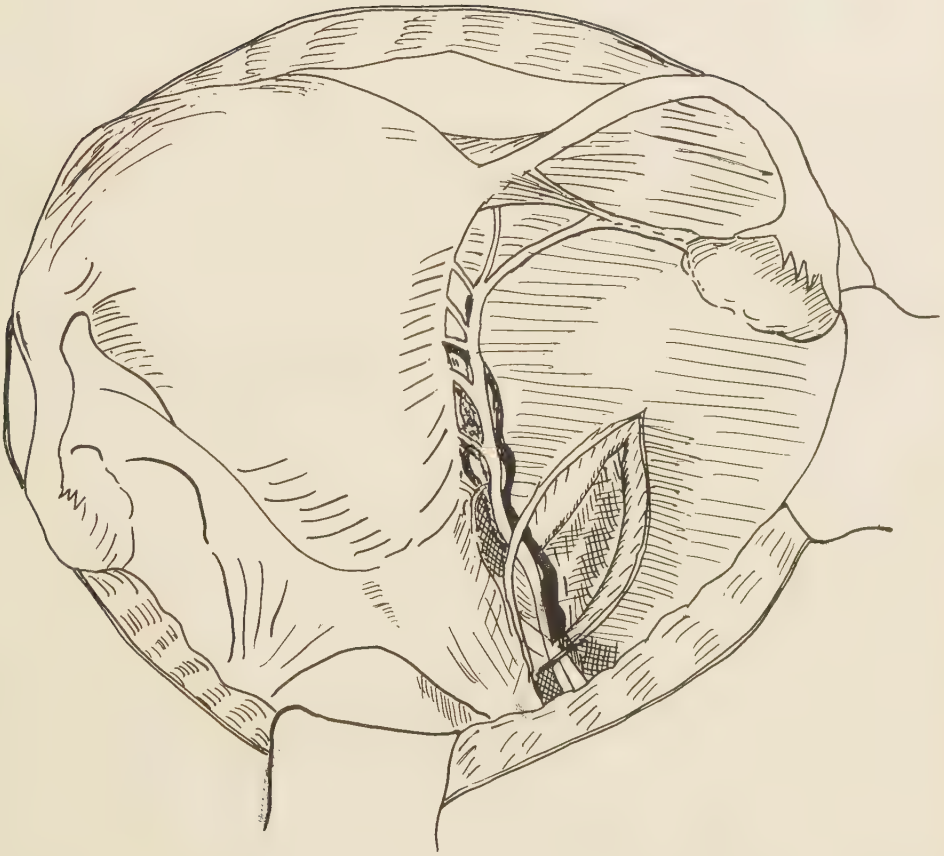
En dépit de la largeur de cette brèche, les bords peuvent être facilement rapprochés sans tension

Il faut aussi bien repérer la position des vaisseaux utérins. Si la déchirure intéresse à la fois le péritoine et le paramètre, les vaisseaux se prolabent à travers la brèche, étant ainsi complètement à découvert dans la cavité péritonéale". (fig)

Ainsi, le syndrome décrit par Masters et Allen rassemble :

- des signes fonctionnels peu caractéristiques mais que leur groupement rend évocateurs, s'ils s'associent

- à des signes physiques plus spécifiques : rétroversion, avec mobilité anormale du col sur le corps,



Déchirure unilatérale du ligament large.

- et une lésion anatomo-pathologique pathognomonique : la déchirure de la base du ligament large.

C'est d'ailleurs elle qui retient toute l'attention des auteurs au point de vue thérapeutique.

La cure chirurgicale de ces lésions, a pour but de reconstituer la charpente du paramètre et de suturer la brèche péritonéale.

Cette brèche du feuillet séreux est tout d'abord largement disséquée, afin de procurer un accès plus facile sur les lésions du fascia sous péritonéal. Ensuite, les éléments du fascia sont attirés vers la ligne médiane.

Un certain nombre de précautions doivent être prises au cours de ce temps opératoire :

- le clivage du plan péritonéal doit être poussé en dedans jusqu'au bord de l'isthme utérin, en dehors jusqu'à la paroi pelvienne, afin de retrouver les bords du fascia rétractés,

- on repèrera l'uretère et l'artère utérine tout à fait à la base de la déchirure, et on évitera de léser les veines du varicocèle utérin.

Si la déchirure est complète, les vaisseaux utérins sont prolabés à travers la brèche. Il faut prendre soin de protéger l'irrigation utérine lorsqu'on répare la base de la déchirure, la réparation du fascia devant assurer un support pour les vaisseaux, mais sans torsion ni adhérences.

On aura intérêt à placer un premier point au centre de la lésion pour maintenir les deux lèvres de la brèche. On suturera ensuite la déchirure par des points séparés au catgut fin, en commençant par la base.

Le plan péritonéal sera suturé au nylon.

En cas de déchirure unilatérale, on terminera l'intervention par un examen soigneux du ligament large du côté opposé, même si le péritoine en paraît intact.

A la fin de l'intervention, l'utérus a repris sa position physiologique, il a diminué de volume, la stase

veineuse a disparu. Le corps utérin ne peut plus basculer dans le fond du cul-de-sac de Douglas, il demeure en antéversion.

L'efficacité de cette technique est telle que toute pexie ligamentaire ou péritonéale complémentaire serait inutile ; et les auteurs présentent cinq observations où la suture isolée du ligament large a permis de corriger la rétroversion et d'obtenir un résultat fonctionnel satisfaisant.

Voilà donc l'entité clinique, anatomique et même thérapeutique, telle que les auteurs l'ont décrite.

Avant de la discuter à propos de nos observations, nous allons essayer, dans un bref chapitre d'étiopathogénie, de définir les raisons invoquées à l'origine du trouble statique et de la douleur.

ETIOPATHOGENIE DU SYNDROME DE MASTERS ET ALLEN

Par un bref rappel anatomique des moyens de fixité de l'utérus, nous allons envisager la pathogénie du syndrome, et par là essayer de justifier l'attitude thérapeutique proposée par Masters et Allen.

Les différentes parties de l'utérus, col, isthme, corps, ne sont pas fixées avec la même rigueur, et c'est surtout au niveau du col et de l'isthme que des éléments conjonctifs denses, fibreux et musculaires, vont former le système d'amarrage le plus solide et le plus efficace de l'utérus.

L'utérus est, en effet, relié aux parois du pelvis par un ensemble de replis péritonéaux recouvrant des formations fibromusculaires, et que l'on individualise sous le nom de ligaments.

On décrit ainsi :

- des ligaments antérieurs ou ronds, qui ont bien pour rôle d'orienter le corps utérin, mais dont la force et l'efficacité est la moindre.

- des ligaments postérieurs ou utéro-sacrés, qui se fixent sur la face postéro-latérale du col utérin jusqu'au voisinage de l'isthme. Ils sont déjà beaucoup plus puissants, formés d'éléments fibreux et de fibres musculaires lisses en continuité avec les fibres utérines. A ces éléments fibro-musculaires s'ajoutent surtout les formations nerveuses du système hypogastrique.

- des ligaments transversaux ou ligaments larges. Ce sont les plus importants et ROUVIERE (28) a d'ailleurs souligné que les ligaments antérieurs et postérieurs pouvaient être considérés comme des expansions de ces ligaments latéraux.

Les ligaments larges forment donc de part et d'autre de l'utérus, un repli transversal qui relie les bords de l'utérus à la paroi pelvienne.

Mais il faut distinguer deux parties bien différentes dans chaque ligament :

- une partie supérieure ou mésosalpinx, dont la charpente fibreuse est mince, et où les feuillets péritonéaux rapprochés sont dépourvus de fonction statique.

- une partie inférieure ou mésométrium : là au contraire, les deux feuillets péritonéaux, antérieur et postérieur, sont séparés par un espace qui augmente d'épaisseur de haut en bas, et que comblent des faisceaux conjonctifs denses, intriqués à des fibres musculaires lisses ; d'où la grande tonicité de cette base du ligament large.

Au niveau de l'isthme, ces formations s'individualisent en deux ensembles distincts :

- un ligament antéropostérieur, prolongement en avant des ligaments utéro-sacrés.

- un ligament transversal, c'est le ligament transverse de MACKENRODT ou tissu cellulo-fibreux du paramètre, qui forme une véritable lame de fibres conjonctives denses, nées du pourtour du détroit supérieur, pour converger vers l'isthme et le col de l'utérus.

Cette formation fibreuse entoure et maintient les vaisseaux utérins et en particulier les gros plexus veineux. Des éléments musculaires lisses, émanant des parois mêmes de l'utérus, sont intriqués à ces éléments fibreux.

Ainsi est réalisé un véritable système d'amarrage du col et de l'isthme utérin.

La déchirure de la base du ligament large entraînera une anormale mobilité du col, et les vaisseaux situés dans cette base du ligament large, contre la paroi latérale de l'isthme, perdant leur soutien fibreux, feront hernie au travers de la brèche péritonéale.

Le système de maintien de l'utérus ainsi mis en place, voyons comment il va se comporter au cours d'une grossesse :

L'expansion de l'utérus gravide se fait surtout au niveau du corps, alors que le système ligamentaire est surtout important au niveau du col et de l'isthme ; mais ce système d'amarrage doit néanmoins être suffisamment souple pour suivre l'évolution utérine. Pour cela, les tissus du ligament large vont subir l'imbibition gravidique et sous cette imprégnation hormonale de la sphère pelvienne, les éléments musculaires lisses surtout, en continuité avec le muscle utérin, vont se laisser distendre.

C'est ainsi que ce système ligamentaire va permettre la formation progressive du segment inférieur

Au cours du travail, les agents de la fixité du col se tendent et maintiennent le col amarré assez fixement au bassin.

Lors de la descente de la présentation, ces éléments subissent une tension extrême et peuvent même être dilacérés, se rompre, le col n'est plus maintenu ou est mal maintenu, et se prolabe.

L'antéversion du corps n'est plus assurée, l'isthme n'est plus encadré par le feutrage dense des ligaments de Mackenrodt et il en résulte cette anormale mobilité du col sur le corps.

En fait, normalement les fibres musculaires lisses hypertrophiées au cours de la grossesse, permettent une distension suffisante du système ligamentaire pour éviter cette rupture. Mais certains facteurs vont favoriser la dilacération du feutrage cellulo-fibreux et la déchirure du péritoine qui le recouvre.

Ainsi agiront les dystocies par excès de volume du foetus, ou par anomalies de la présentation

De même, certaines manoeuvres obstétricales traumatisantes telles que les applications de forceps sur une présentation haut située, des manoeuvres de force pour modifier

une présentation. De même encore, les efforts expulsifs avant dilatation complète du col, surtout des accouchements trop rapides, dont la phase d'expulsion survient sur des tissus brusquement distendus.

Dans tous ces cas, la déchirure constituée prive l'utérus de son principal moyen d'amarrage, et le corps bascule en arrière, sur un col très mobile. Cette mobilisation retentira sur les éléments nerveux des plexus hypogastrique et sacré pour provoquer des douleurs

Le traumatisme obstétrical produira aussi d'autant plus facilement une déchirure du ligament large, qu'existeront parfois déjà des conditions favorisantes : inflammation chronique ou atrésie des ligaments, perte de souplesse du péritoine qui les revêt Ajoutons enfin, que l'on a expliqué par des anomalies anatomiques primitives : insuffisance de la trame fibreuse du paramètre, des déchirures survenues en l'absence de traumatisme obstétrical.

Ces données anatomiques et étiologiques permettent de comprendre la prédominance qu'accordent Masters et Allen, à la réfection de ces ligaments déchirés, dans le traitement chirurgical du syndrome.

Observation n° 1 -

Mme. B. Marie-Rose, âgée de 22 ans, entre dans le Service de Gynécologie Obstétrique le 24.8.60.

Au point de vue antécédents gynécologiques et obstétricaux, on relève :

en 1956, un accouchement à terme, d'une fille pesant 3 kg,200,

en 1959, accouchement, également eutocique, d'un garçon de 3 kg,420,

1960, un curetage à la suite d'une fausse-couche de trois mois

Cette malade présente depuis son premier accouchement un ensemble de troubles qui ont motivé des traitements divers et pour lesquels on avait même proposé ailleurs une hystérectomie totale.

Il s'agit de troubles fonctionnels, associant :

- des douleurs abdominales diffuses, continues
- une dyspareunie, avec retentissement psychopathique très net
- une dysménorrhée secondaire et une leucorrhée banale.

Avec, de plus, un amaigrissement important et un mauvais état général.

A l'examen, on note :

- l'existence d'une légère métrite cervicale,
- le corps est de taille normale, retroversé,
- le col est mobile, sa mobilisation est douloureuse,
- le cul-de-sac latéral gauche paraît douloureux à la palpation, on ne perçoit pas de masse à ce niveau.

Une coelioscopie est pratiquée le 26.8.60 et montre :

des trompes et ovaires normaux,

des plexus veineux très importants au niveau du mésosalpinx,

une rétroversion mobilisable.

Il n'y a pas de réaction liquidienne, pas d'adhérence.

Les constatations cliniques et coelioscopiques nous ont amené à poser, l'indication d'une laparotomie.

Intervention le 28.8.60 :

Incision de Pfannenstiel.

A l'exploration :

- l'utérus est de volume normal, rétroversé, la rétroversion est mobile. Le corps utérin est de couleur non homogène, marbré de plaques violettes et blanches.

- le cul-de-sac de Douglas est très profond, descendant largement au-dessous des ligaments utéro-sacrés qui sont flasques.

- au niveau de la base de la face postérieure du ligament large gauche, il existe une déchirure verticale, à bords fibreux ; les vaisseaux sont très apparents, érectiles. Il existe un varicocèle également à droite, mais pas de déchirure nette du feuillet péritonéal.

- l'ovaire droit est plus gros, plus congestif que le gauche, il présente un follicule hémorragique avec corps jaune.

- les trompes sont normales.

L'intervention associe :

- un cloisonnement du Douglas, par plusieurs bourses ; le cloisonnement remonte à 1 cm au-dessus des ligaments utéro-sacrés.

- la plicature du paramètre gauche, par quatre points au fil de lin, recouvrant ainsi les vaisseaux.

- enfin, le raccourcissement des ligaments ronds selon le procédé de Mocquot, et la fixation du péritoine vésico-utérin au niveau de la face antérieure du fond.

Bonnes suites opératoires immédiates.

La malade est revue le 12.5.61 :

Elle présente une amélioration nette des signes fonctionnels et de l'état général.

Seules persistent la dysménorrhée et des leucorrhées abondantes et permanentes.

Les cycles sont un peu irréguliers.

A l'examen : bonne paroi abdominale, bonne cicatrice,
corps antéfléchi, de volume normal,
culs-de-sacs libres et souples,
annexe droite non perçue, annexe gauche perceptible.

Observation n° 2 -

Mme. G. Maryvonne, 27 ans (6ème geste, 5ème pare).

Antécédents :

1954 et 1955 : accouchements normaux,

1956 : accouchement à domicile d'un garçon pesant 4 kg,200 en présentation du siège. L'accouchement a été rapide.

1958 : accouchement suivi d'une hémorragie ayant nécessité une transfusion.

1959 : accouchement normal.

1961 : fausse-couche de 2 mois en juin.

Le 21.9.61 : hospitalisation pour cure de prolapsus.

Histoire de la maladie :

Début après le troisième accouchement (1956), aggravation progressive à chaque nouvel accouchement.

- Douleur à type de pesanteur continue, sus-pubienne irradiant sur la ligne médiane vers l'ombilic.
- douleurs lombaires fréquentes à la fatigue.
- pas de recrudescence de la douleur au moment des règles
- cycles longs (33 jours), règles peu abondantes, pas de leucorrhée.
- dyspareunie très importante, douleur en coup de poignard, profonde, sur la ligne médiane. Le début de la dyspareunie remonte au troisième accouchement, très aggravée depuis.
- amaigrissement (56 Kg ⟶ 39 Kg).
- troubles psychiques : crises de larmes très fréquentes, séjour en maison de repos en 1959. Tentative de suicide en 1960.

A l'examen :

petit utérus rétroversé,

col et corps de consistance et volume normaux,

périnée postérieur très déficient, releveurs atones.

22.9.61 - Intervention .

- colpopérinéorraphie postérieure, après dissection

de la paroi vaginale postérieure.

On suture les releveurs par trois points au catgut chromé n° 2. Résection vaginale. Suture intradermique.

- temps abdominal : incision médiane sous ombilicale. On découvre un utérus rétroversé, et au niveau de la base du ligament large droit une déchirure en raquette.

Suture de la déchirure en deux plans.

Enfin, on implante vaginale utérine.

- ligature section des trompes, isthmoplexie au fil de soie tressé, prenant l'isthme et l'aponévrose.

- fermeture plan par plan. Aponévrose points séparés au soie tressé.

Toutes suites opératoires immédiates.

Observation n° 3 -

Mme M. Jocelyne, 26 ans.

Hospitalisée dans le Service de Gynécologie Obstétrique au mois de Novembre 1961 pour cure de prolapsus utérin.

Antécédents obstétricaux : trois accouchement en 1955, 1956, 1957, aucune notion de dystocie n'est retrouvée.

En avril 1958, un examen gynécologique met en évidence :

une exocervicite

un prolapsus du premier degré, avec un corps augmenté de volume, en rétroversion. On propose à la malade une périnéorraphie avec ligamentopexie.

En Novembre 1958 : accouchement normal.

1959 : cycles réguliers 30 j./3 pendant deux mois, puis aménorrhée,
apparition de douleurs pelviennes médianes, à type de coliques, sans rapport avec la fatigue,
douleurs lombaires,
dyspareunie profonde,
leucorrhée persistante.

A l'examen, on note :
un col de consistance normale, douloureux,
un utérus légèrement augmenté de volume, en rétroversion
pas de masses latéro utérines, annexes non perçues.

Au cours de l'année 1959, la malade déclare avoir subi une intervention pour un kyste de l'ovaire.

1960 : mai accouchement R.A.S.
août : persistance de douleurs pelviennes intenses, bilatérales,
leucorrhées très importantes,
état subfébrile,
aménorrhée depuis juin.

A l'examen : col légèrement ramolli,
corps augmenté de volume et très mou,
culs-de-sacs libres et souples.

1961 : Juin : accouchement.

La malade est revue le 28 Juillet : elle se plaint de douleurs pelviennes droites très pénibles, qui ne sont pas calmées par le repos et persistent depuis l'accouchement.

A l'examen : léger cystocèle,
gros col métritique qui ne peut être abaissé qu'à la moitié du vagin.

On propose à nouveau une cure de prolapsus.

22 Septembre :

- persistance des douleurs pelviennes, lancinantes, irradiant vers l'anus,
s'accompagnent d'insomnie, d'anorexie, parfois d'un léger fébricule,
- dyspareunie importante,
- dysurie, constipation,
- cycles réguliers, règles abondantes, dysménorrhée.

L'association de la rétroversion douloureuse et de la dyspareunie fait envisager la possibilité d'une déchirure du feuillet postérieur du ligament large.

On décide une intervention par voie haute et voie basse.

Intervention le 3 Octobre :

1) Temps périnéal :

- temps antérieur : le col ne descend que très peu et n'est pas hypertrophique, ce qui exclue l'indication d'une amputation. Refoulement de la vessie, dissection du fascia d'Halban dont les deux lames sont suturées en hamac sous la vessie, et solidarisées par deux points au col.

Résection vaginale en triangle et suture à points séparés.

- temps postérieur : lésions peu importantes ; deux points au catgut chromé n° 2 sur les releveurs ; résection vaginale peu étendue.

2) Temps abdominal :

Résection de la cicatrice antérieure.

- à l'exploration : rétroversion peu importante mais Douglas très profond.

Déchirure du feuillet postérieur du ligament large droit.

Replis adhérentiels dans le fond du Douglas.

Les annexes sont normales, l'ovaire droit est plus gros que le gauche. Structure normale. Pas de trace de l'intervention antérieure.

- on pratique un cloisonnement du Douglas par deux bourses au fil de lin, et une suture de la déchirure du ligament large droit. Ligature et résection des deux trompes.

Ligamentopexie par raccourcissement des deux ligaments ronds.

Observation n° 4 -

Mme B. Monique, 24 ans.

Antécédents obstétricaux : quatre accouchements dont le second a été très rapide.

Depuis deux ans :

- règles tous les 21 jours, plus abondantes.
- douleurs pelviennes continues, très augmentées à la fatigue, irradiant vers la région lombaire.
- dyspareunie ancienne, mais de plus en plus accentuée.

A l'examen :

- utérus un peu augmenté de volume, en rétroversion. La mobilisation est très douloureuse, la pression du fond est également douloureuse.

On décide de pratiquer une intervention conservatrice avec pexie.

Intervention le 2.3.61 :

- utérus un peu marbré, de volume sensiblement normal, en rétroversion marquée, dans un Douglas profond qui contient un peu de liquide séreux.
- annexes saines.
- à la partie postérieure du ligament large gauche, existe une nette déchirure linéaire, et verticale, avec écartement de 1,5 cm des deux lèvres.

On suture au catgut et au lin la déhiscence du tissu cellulaire dense et la brèche péritonéale, à points séparés, en évitant de blesser les vaisseaux.

Cloisonnement du Douglas par une bourse au fil de lin, et raccourcissement des ligaments ronds par simple plicature.

Le 17.11.61 : la malade va bien et est "transformée au point de vue génital".

Les douleurs et la dyspareunie ont disparu.

Amélioration de l'état général, les efforts physiques sont devenus possibles.

Observation n° 5 -

Mme. M. Jeanne, 48 ans.

Antécédents obstétricaux : deux accouchements, dont l'un normal, le deuxième a provoqué une déchirure périnéale qui a été suturée.

Histoire de la maladie :
- était traitée depuis longtemps pour métro annexite douloureuse avec des résultats passagers. Au moment des épisodes douloureux le repos au lit était nécessaire.
- métrorragies rebelles à tout traitement hormonal, depuis novembre 1959, et devenues très abondantes les six derniers mois.
- asthénie notable, ayant obligé la malade à abandonner son métier. Retentissement sur le caractère et la vie familiale.

Examen le 15.3.61 :
utérus en position indifférente, un peu augmenté de volume,
la mobilisation en est douloureuse ainsi que la pression du fond,
culs-de-sacs latéraux indolores.

On conclut à une fibromatose et on décide une hystérectomie devant l'échec des traitements hormonaux.

Intervention le 24.3.61 :
- utérus un peu gros, en rétroversion peu marquée, régulier, mais porteur d'un noyau fibromateux sessile sur sa face postérieure.
- annexes saines.
- déchirure verticale de la face postérieure du ligament large gauche, avec aspect cicatriciel, nacré et épaissi des deux lèvres de la déchirure.
- les veines, sineuses,font saillie dans cette brèche.

On pratique une hystérectomie subtotale avec trachelopexie, et une suture de la brèche.

Revue en septembre 1961 : excellent état général. A repris une vie très active, après une convalescence un peu longue.

Observation n° 6 -

Mme. G. Alice, 37 ans.

On ne retrouve aucun antécédent obstétrical chez cette malade.

Histoire de la maladie :

- douleurs pelviennes permanentes à type de pesanteur. Apparition de ces douleurs il y a deux ans, mais on ne peut faire préciser à la malade le mode exact de début et l'étiologie (interrogatoire malaisé : anxiété , crises de larmes).

Ces douleurs se sont aggravées sensiblement depuis le moment de leur apparition.

Elles sont plus intenses le soir, à la station debout et sont irradiées vers la région lombaire.

Dyspareunie

Dysménorrhée

Fatigabilité intense, gênant la malade dans son travail.

Amaigrissement (9 Kg).

Tous ces signes sont apparus il y a deux ans environ.

A l'examen :

col sain,

utérus gros, mou et douloureux, en rétroversion complète mais mobilisable ; la mobilisation est très douloureuse.

Le 30.8.61, intervention :

Laparotomie médiane sous ombilicale.

Utérus augmenté de volume,
en rétroversion marquée,
de couleur violacée, marbré.

Liquide séro hématique collecté au fond d'un cul-de-sac de Douglas très profond.

Kyste au niveau de l'ovaire droit, on pratique une ovariectomie.

Ovaire gauche légèrement augmenté de volume.

Au niveau du ligament large droit : déchirure verticale, de 2 cm, environ, linéaire, à bords rétractés. On suture cette brèche.

On note un important varicocèle droit.
Le ligament large gauche est d'apparence normale.

Bonnes suites opératoires.

Le 9.12.61 : amélioration de l'état général, reprise de poids,
la douleur pelvienne s'est atténuée, mais persistance de la dysménorrhée.

Observation n° 7 -

Mme. R. Anne, 42 ans.

Antécédents : quatre accouchements eutociques, gros enfants (4 Kg,400).

Histoire de la maladie : depuis le dernier accouchement,

- douleurs pelviennes continues, à type de pesanteur nettement aggravées par la station debout, la fatigue,
- dysménorrhée,
- légers troubles mictionnels,

A l'examen, on note :
- un rectocèle
- un utérus douloureux et congestif.

Intervention le 22.8.61 :
- colpopérinéorraphie postérieure
- laparotomie :
  corps utérin en rétroversion peu marquée, augmenté de volume, de teinte violacée,
  cul-de-sac de Douglas très profond
  au niveau de la face postérieure du ligament large gauche, on découvre une déchirure étoilée, à bords nets, rétractés.

On suture la déchirure et on cloisonne le cul-de-sac de Douglas.

Revue le 15.10.61 : bonnes suites opératoires, disparition complète des signes fonctionnels.

D I S C U S S I O N

Devant le nombre limité de cas de syndrome de Masters Allen contrôlés opératoirement que nous présentons, plusieurs problèmes se posent.

D'abord un problème de diagnostic, et il faut éviter un double écueil :

1) celui de méconnaître le syndrome devant des algies pelviennes où le groupement symptomatique paraît évocateur.

2) celui de le porter trop souvent sans argument valable.

Ensuite, un problème thérapeutique : quelle tactique opératoire employer.

Enfin, un problème académique de pathologie générale, la lésion observée est-elle responsable de la symptomatologie, et l'intervention chirurgicale nécessaire.

Nous allons essayer d'analyser ces différents éléments.

I - *LE PROBLEME DIAGNOSTIC* :

Les circonstances étiologiques de survenue des douleurs sont extrèmement importantes à préciser. Bien que la déchirure soit possible en dehors de l'accouchement (et on se demande comment) il semble bien qu'un traumatisme obstétrical soit toujours le point de départ sinon de la douleur pelvienne, du moins de la dyspareunie.

Dans nos observations, une seule malade était une nullipare, toutes les autres étaient des multipares et l'on retient :

trois dystocies par gros enfant,

une dystocie dynamique d'évolution de l'accouchement (accouchement très rapide).

Mais les circonstances exactes de l'accouchement sont souvent difficiles à préciser, et une application de forceps ne représente pas toujours un traumatisme, bien au contraire.

Il n'est pas douteux qu'un accouchement qualifié normal dans son évolution et sa terminaison, peut être responsable de lésions ligamentaires méconnues.

La deuxième étape du diagnostic est de préciser :

- le caractère des douleurs et leur groupement ;
  les algies pelviennes qui augmentent à la fatigue, cèdent au repos,
  la dyspareunie, surtout quand elle est profonde et médiane ;
- l'asthénie physique et psychique, qui est plus la conséquence des deux signes précédents qu'une entité propre.

C'est surtout le groupement de ces signes qui est évocateur et nous les avons toujours retrouvés dans nos observations.

Quelles sont les indications tirées de l'examen clinique :

Masters et Allen insistent sur la rétroversion douloureuse et la mobilité anormale du col.

Nous avons toujours retrouvé une rétroversion utérine douloureuse, quant à la mobilité anormale du col, c'est un signe d'observation assez subjective, et dans nos observations nous n'avons jamais retrouvé ce col "mobilisable tel une tige montée sur rotule".

Il semblerait que ce signe soit pathognomonique, peut être en cas de déchirure bilatérale, mais nous n'avons observé que des déchirures unilatérales.

L'examen clinique devra cependant s'attacher à préciser l'existence de lésions associées :

état des annexes
état du plancher pelvi périnéal
existence d'un myome, d'une cervicite, d'une vaginite ;

Et nous devons souligner que les indications opératoires que nous avons posées, ont été le plus souvent tirées de l'existence de lésions associées, en particulier d'un trouble de la statique.

La dernière étape du diagnostic pourrait être représentée par une coelioscopie.

Nous ne l'avons pratiquée qu'une fois, et nous n'avons pu mettre en évidence la déchirure ligamentaire, nous avons simplement observé l'existence d'un varicocèle pelvien

Il faut cependant préciser que la coelioscopie explore difficilement la face postérieure de l'utérus, surtout s'il existe une rétroversion marquée ; et qu'il faut avoir l'esprit averti et rechercher systématiquement la lésion.

Elle aura de plus le mérite de visualiser des lésions associées possibles, justiciables d'une thérapeutique chirurgicale.

Enfin, il est incontestable que dans l'exploration complète et systématique d'une malade atteinte d'algies pelviennes, elle permet seule, au terme d'un examen clinique, biologique et radiologique, de dire si les algies pelviennes reposent ou non sur une cause organique génitale.

La dernière étape du diagnostic serait bien sûr la laparotomie exploratrice, or nous avons vu que la coelioscopie en limite considérablement les indications.

II - *LE PROBLEME THERAPEUTIQUE*

Avant de l'aborder, il nous faut signaler que dans les cas rapportés, l'indication opératoire a toujours été posée en fonction de lésions associées :

prolapsus
kyste de l'ovaire
fibrome

à l'exception de l'observation n° 1, où nous avons proposé une laparotomie à une jeune femme de 22 ans, à qui l'on avait posé l'indication d'hystérectomie totale.

Sur les 28 cas observés par Masters Allen, 6 déchirures étaient unilatérales, alors que 22 étaient bilatérales.

Dans nos observations, toutes les déchirures étaient unilatérales.

Les auteurs pratiquent uniquement une suture plan par plan, à points séparés, de la brèche péritonéale. Après avoir utilisé d'autres moyens associés de fixation de l'utérus, ils estiment que le succès obtenu par la suture isolée représente une preuve supplémentaire de l'autonomie du syndrome.

Dans la majorité des publications ultérieures et dans toutes les observations que nous présentons ici, la fixité de l'utérus obtenue par la suture de la brèche, a été maintenue par des moyens complémentaires.

On peut semble-t-il envisager différemment le problème du traitement selon les cas :

- En effet, il existe des "cas purs" où tout correspond à la description des auteurs, où l'on trouve une ou deux brèches des ligaments larges, nettes, avec un appareil génital par ailleurs intact, mis à part la rétroversion.

Dans ce cas, il est possible d'envisager la seule suture. Ne serait-il pas prudent cependant d'associer une pexie par un raccourcissement des ligaments ronds, un cloisonnement du Douglas, pour diminuer le risque de récidive.

- Plus fréquemment, on se trouvera devant des "cas associés", où une ovarite scléro kystique, un hydrosalpinx, un noyau fibromateux, viennent s'ajouter à la brèche péritonéale.

C'est aussi les cas où la rétroversion est très marquée, avec un gros utérus turgescent, marbré, qui plonge

dans le Douglas, au fond duquel s'accumule un liquide séreux.

Dans ces cas, pratiquer une suture isolée de la brèche serait s'exposer à des résultats médiocres, et l'on devra traiter avec autant de rigueur les lésions associées:

- résection cunéiforme des ovaires
- myomectomie, par exemple
- pexie utérine, enfin, car si le tissu cellulo fibreux du fascia sous péritonéal est de mauvaise qualité, quel que soit le soin apporté à la suture de la brèche, on ne peut espérer un résultat définitif si l'on ne complète pas l'amarrage du col par une ligamentopexie et par un cloisonnement du Douglas.

Enfin, nous devons signaler que l'on peut observer au cours de certaines laparotomies, une déchirure uni ou bilatérale du feuillet postérieur du ligament large, absolument asymptomatique, n'ayant donc pas déterminé l'indication opératoire et ne justifiant pas un traitement chirurgical.

Peut-on ou non qualifier ces cas de **syndrome** de Masters et Allen : il faut, nous semble-t-il, réserver ce terme à des affections douloureuses avec rupture spontanée du péritoine ligamentaire et du tissu fibreux sous-péritonéal.

III - *PROBLEME ETIO-PATHOGENIQUE* -

Le syndrome de Masters-Allen représente-t-il une véritable entité anatomo-clinique ?

Du point de vue anatomique, l'existence de la lésion est indiscutable.

Dans nos observations, il existait une véritable brèche intéressant fascia sous péritonéal et péritoine.

Mais la lésion est-elle responsable :

1) du trouble statique,

2) des douleurs.

On conçoit qu'une déchirure de la base du ligament large puisse entraîner une rétroversion fundique et une mobilité anormale du col.

Les auteurs expliquent la douleur par :

1) l'existence d'un varicocèle au niveau de la faille ligamentaire, permettant aux vaisseaux de faire hernie.

2) l'irritation du plexus hypogastrique, au niveau de la brèche péritonéale.

Mais nous savons qu'un prolapsus génital qu'il soit du 1er, 2ème ou 3ème degré entraîne une symptomatologie fonctionnelle qui n'est absolument pas proportionnelle à l'importance du prolapsus.

Et on peut voir des femmes porteuses d'un utérus extériorisé, ne manifester d'autre gêne que celle d'une sensation de corps étranger au cours de la marche.

La douleur est-elle alors due au trouble vasculaire déterminé par la rétroversion utérine ?

Cette rétroversion est, bien entendu, cause de stase et tous les utérus que nous avons vus étaient congestifs, souvent même marbrés.

Mais la rétroversion utérine mobile est un fait d'observation courante, et toutes les femmes porteuses d'un utérus rétroversé ne sont pas pour autant des algiques pelviennes.

Il semble bien qu'il faille faire une différence nette entre la rétroversion accompagnée d'un trouble vasculaire, et celle qui ne l'est pas. Il semble bien que les rétroversions douloureuses sont celles qui s'accompagnent d'un trouble vasculaire.

Et à ce propos, VARANGOT (30) a insisté sur l'intérêt de l'épreuve du pessaire.

Ceci serait valable aussi bien pour les rétroversions douloureuses dues ou non à l'existence d'un syndrome de Masters-Allen.

Si la pose d'un pessaire fait rétrocéder les douleurs pelviennes, la cure chirurgicale de la rétroversion sera suivie de succès.

LOFFREDO (20) rapporte 10 cas où cette épreuve a été pratiquée, dans 8 cas la douleur disparut, alors que l'ablation du pessaire entraîna la réapparition des troubles.

Pour cet auteur, elle confirmerait le diagnostic et permettrait de justifier l'intervention.

En fait, l'épreuve du pessaire était connue avant la description du syndrome de Masters-Allen, elle représente un argument d'appoint venant s'ajouter au groupement des signes rapportés.

Le meilleur critère de l'autonomie du syndrome est bien sûr le résultat de l'intervention

Le recul de nos observations n'est pas assez grand pour que nous puissions avoir une idée définitive sur ce problème.

CONCLUSION

La connaissance du syndrome de Masters-Allen doit amener à une position plus constructive devant la douleur pelvienne.

On ne peut plus, à l'heure actuelle, accepter de qualifier une algique pelvienne de malade psychosomatique avant d'avoir fait la preuve de l'absence d'organicité de la maladie.

On se doit de proposer à ces malades un bilan gynécologique complet, comprenant :

une exploration fonctionnelle,
et une exploration morphologique qui doit aller jusqu'à la coelioscopie.

Ceci peut permettre à un esprit averti de découvrir parfois une affection peu courante mais dont l'objectivation a un corollaire thérapeutique.

Et sans vouloir entrer dans un organicisme formel, offrir à des algiques une thérapeutique correctrice à visée étiopathogénique, représente certainement un progrès sur la simple thérapeutique symptômatique.

Vu : Le Président
GUILHEM

Vu : Le Doyen
Pour le Doyen
l'Assesseur

CADENAT E.

Vu et permis d'imprimer
Toulouse, le 6 Mars 1962

Le Recteur
Président du Conseil
de l'Université

DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

1. AUBERT L. :

Le syndrome de Masters et Allen.
Le Concours Médical. Octobre 1960. n° 41. p. 4531-32.

2. CHAMBRAUD :

Faut-il opérer les rétroversions ?
Gazette médicale de France. Juillet 1960, t. 67. n° 14, p. 1647-50.

3. COLANERI et DOUAY :

Les douleurs abdomino pelviennes.
Revue Française de Gynécologie-Obstétrique. 1933, t. 4e, p. 483-515.

4. CONDAMIN R. :

Introduction à l'étude de la Douglassite.
Douleurs pelviennes en gynécologie.
Lyon médical 1927.

5. CONDAMIN R. :

Etude analytique des lésions et symptômes de la Douglassite.
Lyon Médical. 1930, t. 145, p. 509-19.

6. COTTE G. et JEZDITCH D. :

Le varicocèle pelvien.
Gynécologie et Obstétrique. 1923,t. 7,n° 3.

7. COTTE G. et DECHAUME :

Les plexalgies hypogastriques.
Presse Médicale. 1931, t. 21, p. 373-77.

8. COTTE G. :

Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.
Masson 1949. Chap. VIII. p.761-85, p. 902, p. 918.

9. EZES H. et WAHL P. :
Les moyens de fixité réelle de l'utérus. Essai de synthèse physiologique.
Revue Française de Gynécologie et Obstétrique. Janvier 1959, n° 1, p. 29-37.

10. FORGUE et MASSABUAU :
Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.
DOIN 1928, p. 336.

11. FOTHERGILL W.E. :
The supports of the pelvic viscera ; a review of some recent contribution to pelvic anatomy with a clinical introduction.
Proc. Royal Society Med. 1908. p. 43-60.

12. FOURY :
La rétrodéviation utérine douloureuse chez la femme en période d'activité génitale. Pronostic et traitement.
Thèse Paris 1960, n° 911.

13. FUNCK-BRENTANO P. :
La névralgie pelvienne essentielle.
Gynécologie et Obstétrique. 1956, t. 55, n° 4. p. 341-56.

14. FUNCK-BRENTANO P. :
Traitement des algies pelviennes féminines.
Revue du Praticien. 1959. t. 9, n° 22, p. 2.383-91.

15. HERTZLER A.E. :
Operation for the shortening of the broad ligaments : an anatomic and clinical study.
Journal of American Medical Association. 1907. t. 484, p. 277-79.

16. JAYLE F. et JAYLE G. :
Innervation pelvienne chez la femme et ses rapports avec la douleur.
Revue Française de Gynécologie et Obstétrique. 1933, t. 28, p. 363-404.

17. KLINCK F. :

La paramétrose, la congestion pelvienne et le syndrome utérin.
Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique. 1955, t. 7 n° 5, p. 647-52.

18. LAMY M. :

Cure chirurgicale des prolapsus génitaux par amputation du col, transposition et mise en tension des ligaments de Mackenrodt et utéro-sacrés.
Thèse Paris. 1957, n° 238.

19. LAURIER P. :

Trois cas de syndrome de Masters et Allen.
Mem. Ac. de chirurgie.
Janvier 1961, t. 87, n° 1.2.3. p. 61-63.

20. LOFFREDO V. :

Le syndrome de déchirure du ligament large. Etude Clinique, étiopathogénique et thérapeutique.
Thèse Paris 1960. n° 9.

21. MASTERS W.H. et ALLEN W.M. :

Traumatic laceration of uterin support.
American Journal of Obstetric and gynecology.
Sept. 1955. t. 70, n° 3, p. 500-15.

22. MERGER R., LEVY J., MELCHIOR et MARTIN :

Traitement chirurgical de la rétroversion utérine.
Résultats éloignés de l'oblitération du Douglas.
Bulletin de l'Association de Gynécologie et Obstétrique de langue Française.
1954, t. 6, n° 4.

23. PALMER R. :

La coelioscopie dans le diagnostic des algies pelviennes rebelles.
Revue du Praticien.1959,t.9,n°22,p.2375-81.

24. POIRIER. :
Appareil génital de la femme : gaine hypogastrique, aponévroses du ligament large.
Traité d'Anatomie humaine, t. 5. p. 441-49.

25. RICHELOT :
Maladies de l'utérus.
DOIN 1903.

26. ROBERT H. :
Les algies pelviennes : problème clinique et étiologique.
Revue du Praticien. 1959. t. 9. n° 22, p. 2365-70.

26. ROUX G. :
Les grandes algies pelviennes de la femme dites essentielles.
Maroc médical, 1955, t. 34, n° 360, p. 701-703.

28. ROUVIERE :
Traité d'Anatomie humaine.
Masson 1948. t. 1., p. 1038-43.

29. SIREDEY :
Gynécologie.
1900. t. 5, n° 1, p. 30.

30. VARANGOT J., GRANJON A., CHARTIER M. et LOFFREDO V. :
Le syndrome de déchirure du ligament large.
Presse Médicale. Juin 1959, t. 67, n° 28, p. 1139-41.

31. VERNE J.M., DELAGARDE P. et BANGALTER L. :
Syndrome de Masters et Allen. Entité anatomique et thérapeutique nouvelle sur fond clinique connu et décevant : six observations.
Mem. ac. de chirurgie. Juin 1959. t. 85, n° 19-20, p. 523-33.